

### **Autorisation d'administrer des produits médicamenteux**

Je soussigné(e) M ou Mme ....., représentant légal de ....., **autorise l'équipe de l'accueil de loisirs à administrer à mon enfant les produits suivants si besoin:**

Sérum physiologique en doses unitaires pour nettoyer les yeux, le nez, ... Oui Non

Antiseptique liquide incolore non alcoolisé Oui Non

Crèmes solaires haute protection Oui Non

Crème contre les brûlures Oui Non

Paracétamol (contre la fièvre et les douleurs) par voie orale Oui Non

(poids de l'enfant: ... kgs)

Crème ou granules homéopathiques contre les ecchymoses type Arnica ou Hémoclar Oui Non

**La prise d'autres médicaments n'est autorisée que sur prescription médicale  
(avec ordonnance) sous contrôle de l'équipe d'animation.**

Je soussigné(e) M ou Mme ....., représentant légal de ....., **autorise le directeur de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant (hospitalisation):** Oui Non